

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書

該当するものに○をつけてください。		1 病院・診療所 2 薬局 3 訪問看護事業者						
変更があった年月日		年 月 日						
保険医療 機 関 等	名 称	<input type="checkbox"/>						
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒					
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>						
	コ ー ド ※ 2	<input type="checkbox"/>						
開 設 者 ※ 3	住所又は所在地	<input type="checkbox"/>	〒					
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>						
標榜している 診 療 科 目 名	変 更 前			変 更 後				
役 員 の 職 ・ 氏 名 ※ 4	変 更 前	職 名	氏 名		変 更 後	職 名	氏 名	
<p>上記のとおり、児童福祉法（平成22年法律第164号）第19条の第14項の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 ※ 3</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">氏 名 又 は 名 称</p> <p style="text-align: center;">（法人にあっては名称及び代表者職・氏名）</p> <p style="text-align: center;">徳島県知事 殿</p>								

- ※1 変更がある事項のみ記入してください。
- ※2 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。
- ※3 訪問看護事業者の場合は、事業者及び代表者について記載してください。
- ※4 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。